

SOLICITUD DE CRÉDITO HIPOTECARIO

PERSONAS FÍSICAS CON O SIN ACTIVIDAD EMPRESARIAL

HIPOTECARIO TRADICIONAL <input type="checkbox"/>	APOYO INFONAVIT <input type="checkbox"/>	COFINAVIT <input type="checkbox"/>	ALIA2+ <input type="checkbox"/>	RESPALDA2 <input type="checkbox"/>	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
--	--	------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

NOMBRE Y C.R. DE LA SUCURSAL	¿YA ES USTED CLIENTE DE BANORTE?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO. DE CUENTA DE CHEQUES
------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

■ I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
R.F.C. (CON HOMOCLAVE)		¿ACTIVIDAD EMPRESARIAL?	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO (CURP)		ESTADO CIVIL	Soltero <input type="checkbox"/> Casado Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Casado Separación de Bienes <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="text"/>
NO. DE IMSS (en su caso)		SEXO	NACIONALIDAD	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO CALLE (Número exterior e interior)				COLONIA
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO		TELÉFONO CASA (Incluyendo LADA) Lada <input type="text"/> Número <input type="text"/>
TELÉFONO CELULAR Lada <input type="text"/> Número <input type="text"/>	OTROS TELÉFONOS			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)
TIPO DE DOMICILIO		EN CASO DE SER CASA RENTADA INDICAR EL PAGO MENSUAL		
Propio <input type="checkbox"/> En pago <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="text"/>		\$		
ANTIGÜEDAD DE DOMICILIO	NIVEL ACADÉMICO			TÍTULO
Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="text"/>			
DEPENDIENTES ECONÓMICOS				
Número	Parentesco	Edades	Ocupación	

■ II. INFORMACIÓN DE SU EMPLEO

NOMBRE DE LA EMPRESA / DEPENDENCIA (en su caso)		GIRO / ACTIVIDAD	DOMICILIO CALLE (Número exterior e interior)	
COLONIA		CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO
TELÉFONO OFICINA (Incluyendo LADA) Lada <input type="text"/> Número <input type="text"/>		Extensión <input type="text"/>	FAX (Incluyendo LADA) Lada <input type="text"/> Número <input type="text"/>	Extensión <input type="text"/>
POSICIÓN QUE OCUPA	Empleado <input type="checkbox"/> Profesionista independiente <input type="checkbox"/>	R.F.C. DE LA EMPRESA	REGISTRO PATRONAL	
Negocio propio <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="text"/>				
PUESTO	TIPO DE CONTRATO LABORAL	EMPLEO ANTERIOR (Nombre de la empresa)		ANTIGÜEDAD Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
Definido <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>				
Para llenado en caso de FOVISSSTE				
TIPO DE NOMBRAMIENTO		FILIACIÓN (sindicato a que pertenece, en su caso)		
Base <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/>				

■ III. AGREGUE INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE (SÓLO SI SE CONSIDERARA PARA EL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO) Y/O COACREDITADO

En caso de existir coacreditados adicionales o fiadores, llenar otra solicitud y marcar este recuadro

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
R.F.C. (CON HOMOCLAVE)		¿ACTIVIDAD EMPRESARIAL?	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO (CURP)		ESTADO CIVIL	Soltero <input type="checkbox"/> Casado Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Casado Separación de Bienes <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="text"/>
SEXO	NACIONALIDAD	DOMICILIO CALLE (Número exterior e interior)		COLONIA
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO		TELÉFONO CASA (Incluyendo LADA) Lada <input type="text"/> Número <input type="text"/>
TELÉFONO CELULAR Lada <input type="text"/> Número <input type="text"/>	OTROS TELÉFONOS			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (e-mail)
TIPO DE DOMICILIO		EN CASO DE SER CASA RENTADA INDICAR EL PAGO MENSUAL		
Propio <input type="checkbox"/> En pago <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="text"/>		\$		
ANTIGÜEDAD DE DOMICILIO	NIVEL ACADÉMICO			TÍTULO
Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="text"/>			
DEPENDIENTES ECONÓMICOS				
Número	Parentesco	Edades	Ocupación	

■ IV. INFORMACIÓN DE SU EMPLEO (CÓNYUGE Y/O COACREDITADO)

¿LA EMPRESA TIENE CONVENIO CON BANORTE? Sí NO

NOMBRE DE LA EMPRESA / DEPENDENCIA (en su caso)		GIRO / ACTIVIDAD		DOMICILIO CALLE (Número exterior e interior)			
COLONIA		CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD Y ESTADO		
TELÉFONO OFICINA (Incluyendo LADA) Lada Número 0 1		Extensión	FAX (Incluyendo LADA) Lada Número 0 1		Extensión	ANTIGÜEDAD Años Meses	
POSICIÓN QUE OCUPA Negocio Propio <input type="checkbox"/>		Empleado <input type="checkbox"/>	Profesionista Independiente <input type="checkbox"/>		PUESTO Socio <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____		
TIPO DE CONTRATO LABORAL Definido <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>		EMPLEO ANTERIOR (Nombre de la empresa)				ANTIGÜEDAD Años Meses	
Para llenado en caso de FOVISSSTE TIPO DE NOMBRAMIENTO Base <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/>		FILIACIÓN (sindicato a que pertenece, en su caso)					

■ V. DATOS ECONÓMICOS

INGRESO BRUTO MENSUAL FIJO \$		INGRESO NETO MENSUAL FIJO \$			
OTROS INGRESOS MENSUALES \$		FUENTE DE OTROS INGRESOS	TOTAL DE INGRESOS \$		
AGREGUE INFORMACIÓN DEL COACREDITADO (SÓLO SI SE CONSIDERARA PARA EL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO)					
INGRESO BRUTO MENSUAL FIJO (Cónyuge y/o coacreditado) \$		INGRESO NETO MENSUAL FIJO (Cónyuge y/o coacreditado) \$			
OTROS INGRESOS MENSUALES (Cónyuge y/o coacreditado) \$		FUENTE DE OTROS INGRESOS (Cónyuge y/o coacreditado)	TOTAL DE INGRESOS (Cónyuge y/o coacreditado) \$		
NO. DE BIENES INMUEBLES	VALOR ESTIMADO TOTAL DE BIENES INMUEBLES \$	VALOR GRAVADO DE BIENES INMUEBLES \$	AUTO PROPIO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	NO. DE AUTOMÓVILES	VALOR(ES) DEL (DE LOS) AUTOMÓVIL (ES) \$

■ VI. DETALLE DE CRÉDITOS (BANCOS, CASAS COMERCIALES, ETC.)

INSTITUCIÓN	TIPO DE CRÉDITO	NÚMERO DE CUENTA	FECHA DE APERTURA	SALDO ACTUAL	PAGO MENSUAL
				\$	\$

■ VII. REFERENCIAS PERSONALES DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	TELÉFONO Lada Número 0 1
			Lada Número 0 1

■ VIII. CONDICIONES DEL CRÉDITO

TIPO DE ESQUEMA ELITE <input type="checkbox"/> ACCESIBLE <input type="checkbox"/> FIJA <input type="checkbox"/> FLEXIBLE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	IMPORTE CON NÚMERO \$		
IMPORTE CON LETRA	PLAZO (Años)	VALOR ESTIMADO DEL INMUEBLE \$	PORCENTAJE A FINANCIAR
DESTINO DEL CRÉDITO Adquisición 1 ^a vivienda <input type="checkbox"/> Adquisición otra vivienda <input type="checkbox"/> Construcción 1 ^a vivienda <input type="checkbox"/> Construcción 2 ^a vivienda <input type="checkbox"/> Pago de pasivos hipotecarios <input type="checkbox"/> Remodelación 1 ^a vivienda <input type="checkbox"/> Remodelación 2 ^a vivienda <input type="checkbox"/>	Liquidex <input type="checkbox"/>	Compra de terreno <input type="checkbox"/>	

■ IX. DATOS DEL INMUEBLE PARA EL QUE DESEA LA HIPOTECA

DOMICILIO CALLE (Número exterior e interior)		COLONIA	CÓDIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD Y ESTADO		LOTÉ	MZ.
DESCRIPCIÓN DEL INMUEBLE Casa <input type="checkbox"/> Casa en condominio <input type="checkbox"/> Departamento en condominio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				ANTIGÜEDAD DE LA VIVIENDA

■ X. INFORMACIÓN SOBRE EL VENDEDOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
DOMICILIO CALLE (Número exterior e interior)		COLONIA/FRACCIONAMIENTO	CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
CIUDAD Y ESTADO	R.F.C. (CON HOMOCLAVE)		TELÉFONO (Incluyendo LADA) Lada Número 0 1 Extensión	
ESTADO CIVIL Casado Separación de Bienes <input type="checkbox"/> Casado Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
NOMBRE DEL CÓNYUGE			R.F.C. DEL CÓNYUGE	

CONSENTIMIENTO VIDA GRUPO

CUESTIONARIO ASEGURADO

Fecha de Nacimiento:

Nombre: _____

1.- ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedades del corazón, hipertensión arterial, venas, arterias, pulmones, sistema nervioso, cerebro, esófago, estómago, riñones, hígado, vesícula biliar, próstata, convulsiones, parálisis, parapléjicas, cáncer, tumores, diabetes, o en general alguna enfermedad, afección o lesión grave?

2.- ¿Tiene programada alguna cirugía dentro de los próximos tres meses, que implique hospitalización por más de 72 horas?

3.- ¿Se le ha comunicado que tiene S.I.D.A. o que es portador del virus de inmunodeficiencia adquirida?

4.- ¿Tiene incapacidad total y permanente o tiene invalidez total y permanente?

5.- ¿Fuma? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿más de siete cajetillas a la semana? SÍ NO

6.- Por su ocupación, ¿está expuesto a sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego explosivos, maquinaria pesada (relacionada con la construcción o la minería)?

7.- ¿Practica profesionalmente boxeo, lucha, toreo, buceo, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo?

CUESTIONARIO DE EMPLEO

1.- ¿Tiene un contrato de trabajo por tiempo indefinido y en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo?

2.- ¿Trabaja para una empresa que cuenta con RFC?

3.- ¿Ha trabajado ininterrumpidamente al menos 24 meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio del contrato de crédito?

• La suma asegurada es igual al monto del crédito

CUESTIONARIO COACREDITADO

Fecha de Nacimiento:

Nombre: _____

1.- ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedades del corazón, hipertensión arterial, venas, arterias, pulmones, sistema nervioso, cerebro, esófago, estómago, riñones, hígado, vesícula biliar, próstata, convulsiones, parálisis, parapléjicas, cáncer, tumores, diabetes, o en general alguna enfermedad, afección o lesión grave?

2.- ¿Tiene programada alguna cirugía dentro de los próximos tres meses, que implique hospitalización por más de 72 horas?

3.- ¿Se le ha comunicado que tiene S.I.D.A. o que es portador del virus de inmunodeficiencia adquirida?

4.- ¿Tiene incapacidad total y permanente o tiene invalidez total y permanente?

5.- ¿Fuma? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿más de siete cajetillas a la semana? SÍ NO

6.- Por su ocupación, ¿está expuesto a sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego explosivos, maquinaria pesada (relacionada con la construcción o la minería)?

7.- ¿Practica profesionalmente boxeo, lucha, toreo, buceo, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo?

CUESTIONARIO DE EMPLEO

1.- ¿Tiene un contrato de trabajo por tiempo indefinido y en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo?

2.- ¿Trabaja para una empresa que cuenta con RFC?

3.- ¿Ha trabajado ininterrumpidamente al menos 24 meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio del contrato de crédito?

IMPORTANTE: Conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere este consentimiento (y/o solicitud), tal y como los conozco o debería conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que la inexactitud o falsedad en las declaraciones, respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podrían originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven del certificado que se expida basado en las declaraciones anteriores. Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma, las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente, constituyen la base del contrato de seguro, recibiendo a cambio los beneficios que se derivan del mismo. Hago constar que me he enterado detenidamente de las condiciones generales que se anexan a la póliza que en su caso expida Seguros Banorte Generali, S.A. de C.V., que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como asegurado. Autorizo a los médicos o a las personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado, para estudios, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a Seguros Banorte Generali, S.A. de C.V. toda la información que se requiera, tal como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historial de clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para evaluación correcta de mi estado de salud o enfermedades anteriores, en relación a lo anterior relevé de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información.

BENEFICIARIOS:

Acreditado				Coacreditado			
Nombre	Parentesco	Edad	%	Nombre	Parentesco	Edad	%

Los beneficiarios designados en esta sección serán tomados en cuenta, sólo en caso de que el asegurado fallezca a consecuencia del riesgo cubierto.

ADVERTENCIA: En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que se debe designar a tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro, como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso, sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro, le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte Generali, S.A. de C.V. por el contratante, otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

FIRMA ASEGURADO

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número: **CNSF-S0001-0336-2010** y **BADI-S0001-0010-2012** de fecha **03 de Junio de 2010 y 9 de febrero de 2012.**"
Hidalgo 250 Pte. Col Centro Monterrey, N.L. C.P. 64000 Tel. 81-22-02-00

FIRMA COACREDITADO

FIRMAS

EL(LOS) SOLICITANTE(S) Y EL(LOS) FIADOR(ES) SOLIDARIO(S) DECLARA(N) BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN FORMA ANEXA ES VERAZ Y QUE CONOCE(N) LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 112 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE CRÉDITO.

ART. 112 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE CRÉDITO

SERÁN SANCIONADOS CON PRISIÓN DE DOS A QUINCE AÑOS Y MULTA HASTA POR UNA CANTIDAD EQUIVALENTE A TRESCIENTOS CINCUENTA MIL VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL DIARIO VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, LAS PERSONAS QUE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER UN CRÉDITO, PROPORCIONEN A UNA INSTITUCIÓN DE CRÉDITO DATOS FALSOS SOBRE EL MONTO DE ACTIVOS O PASIVOS DE UNA ENTIDAD, DE UNA PERSONA FÍSICA O MORAL, SI COMO CONSECUENCIA DE ELLA RESULTA QUEBRANTO PARA LA INSTITUCIÓN.

**FIRMA DEL SOLICITANTE Y COACREDITADO(S)
Y SU CÓNYUGE, EN SU CASO**

**FIRMA DE FIADOR(ES) SOLIDARIO(S) Y SU
CÓNYUGE EN SU CASO**

NOTA: PARA COTEJAR COPIAS, ES NECESARIO QUE NOS PRESENTE LOS ORIGINALES DE LOS DOCUMENTOS OFICIALES, LOS CUALES SE DEVOLVERÁN UNA VEZ REVISADOS

REQUISITOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE:

EDAD MÍNIMA:

- 25 AÑOS (PARA LOS DESTINOS: ADQUISICIÓN DE VIVIENDA, MEJORA DE HIPOTECA Y ADQUISICIÓN DE TERRENO).
- 27 AÑOS (PARA LOS DESTINOS: CONSTRUCCIÓN, REMODELACIÓN DE VIVIENDA, Y LIQUIDEZ).

ANTIGÜEDAD LABORAL COMPROBABLE: MÍNIMO DOS AÑOS.
COMPROBAR INGRESOS POR 2.5 VECES EL PAGO MENSUAL.

- ORIGINAL DE LA CARTA DE LA EMPRESA FIRMADA POR UN FUNCIONARIO AUTORIZADO, EN PAPELERÍA MEMBRETADA, QUE CONTENGA NOMBRE DEL SOLICITANTE, R.F.C., ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO Y EN LA EMPRESA, E INGRESOS MENSUALES BRUTOS (PERSONAS FÍSICAS).
- COPIA DEL ALTA ANTE EL IMSS DEBIDAMENTE SELLADA (EN SU CASO).
- ALTA DE SHPC (PERSONA FÍSICA CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL).
- COPIA DE LA ESCRITURA DE PROPIEDAD (ASÍ COMO AQUÉL DOCUMENTO QUE TENGA VALIDEZ LEGAL PARA ACREDITAR LA PROPIEDAD O UN DERECHO).
- TARJETÓN DEL IMPUESTO PREDIAL.
- PLANOS ARQUITECTÓNICOS.
- AVALÚO DEL INMUEBLE.

ADICIONALMENTE**PARA APOYO INFONAVIT**

COPIA DE ULTIMO ESTADO DE CUENTA DEL AFRORE

COPIA DE RECIBO DE AGUA AL CORRIENTE.

PARA COFINANCIAMIENTO INFONAVIT

CARTA PRECALIFICACIÓN DEL INFONAVIT EN COFINANCIAMIENTO CON ANTIGÜEDAD MÁXIMA DE UN MES

PARA PROGRAMA FOVISSSTE

COPIA DE CURP

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- SOLICITUD DE CRÉDITO REQUISITADA Y FIRMADA.
- IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA DE LOS SOLICITANTES Y FIADORES OBLIGADOS EN SU CASO (CREDENCIAL DE ELECTOR O PASAPORTE).
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DE LOS SOLICITANTES Y OBLIGADOS SOLIDARIOS, EN SU CASO.
- COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO DE LOS SOLICITANTES Y OBLIGADOS SOLIDARIOS, EN SU CASO.
- COMPROBANTE OFICIAL VIGENTE DE DOMICILIO (RECIBOS DE AGUA, LUZ, TELÉFONO O CONTRATO DE ARRENDAMIENTO EN SU CASO).
- COMPROBANTE DE INGRESOS:
RECIBOS ORIGINALES DE NÓMINA DEL ÚLTIMO MES PARA PERSONAS FÍSICAS.
DECLARACIÓN ANUAL DEL ÚLTIMO EJERCICIO Y DECLARACIONES PARCIALES DEL EJERCICIO EN CURSO, PARA PERSONAS FÍSICAS CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL.

NOTAS IMPORTANTES PARA EL SOLICITANTE:

- 1.- QUEDA ENTENDIDO QUE EL BANCO NO CONTRAE LA OBLIGACIÓN DE OTORGAR EL PRÉSTAMO, NI ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA POR EL HECHO DE RECIBIR ESTA SOLICITUD.
- 2.- ACEPTE MI CONFORMIDAD PARA CUBRIR LOS GASTOS POR CONCEPTO DE INVESTIGACIÓN DE CRÉDITO, AVALÚO, GASTOS NOTARIALES, VISITAS DE INSPECCIÓN, APERTURA DE CRÉDITO Y POR LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO DE VIDA Y DAÑOS PARA EL INMUEBLE OFRECIDO EN GARANTÍA, ASÍ COMO TAMBIÉN ACEPTE CUBRIR LOS GASTOS QUE SE GENEREN AUN CUANDO EL CRÉDITO SEA RECHAZADO.
- 3.- ESTOY ENTERADO DE QUE DEBERÉ CONTAR CON UN SEGURO DE DAÑOS PARA EL INMUEBLE Y UN SEGURO DE VIDA QUE AMPARE A CADA UNO DE LOS ACREDITADOS POR EL 100% DEL SALDO INICIAL DEL CRÉDITO, ASÍ COMO UN SEGURO DE DESEMPLEO EN CASO DE SER ASALARIADO (EL SEGURO DE DESEMPLEO NO APLICA PARA EL ESQUEMA DE APOYO INFONAVIT). LO ANTERIOR, DURANTE EL TIEMPO QUE PERMANEZCA VIGENTE EL ADEUDO, NOMBRANDO COMO BENEFICIARIO AL BANCO. ESTOS SEGUROS PODRÁN, SIN QUE CONSTITUYAN UNA OBLIGACIÓN, SER CONTRATADOS POR EL BANCO. EN ESTE CASO CUBRIRÉ A ESTA INSTITUCIÓN LOS GASTOS CORRESPONDIENTES.

DÉCIMO NOVENA: INFORMACIÓN PROMOCIONAL.- LA PARTE ACREDITADA autoriza a LA PARTE ACREDITANTE para que le envíe información publicitaria de sus productos financieros por diversos medios los cuales pueden ser, correo directo, correspondencia, Internet y demás medios de comunicación directos al cliente, ya sea en su domicilio o a su cuenta de correo electrónico.

OFERTA VINCULANTE

- 1.- PARA LA EXPEDICIÓN DE UNA OFERTA VINCULANTE SE REQUIERE LLENAR LA SOLICITUD DE CRÉDITO HIPOTECARIO Y NO SE REQUERIRÁ DE LA PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA CONTRATACIÓN DEL CRÉDITO GARANTIZADO A LA VIVIENDA, SINO QUE ÉSTOS DEBEN ENTREGARSE AL MOMENTO DE LA ACEPTACIÓN POR ESCRITO DE LA OFERTA VINCULANTE CORRESPONDIENTE.
- 2.- EL BANCO ESTARÁ OBLIGADO A OTORGAR EL CRÉDITO GARANTIZADO A LA VIVIENDA EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTABLEZCAN EN LA OFERTA VINCULANTE, SIEMPRE Y CUANDO EL BANCO COMPRUEBE LA IDENTIDAD DEL SOLICITANTE, LA VERACIDAD Y AUTENTICIDAD DE LOS DATOS QUE PROPORCIONÓ, LA CAPACIDAD CREDITICIA DEL SOLICITANTE CONFORME A LAS NORMALES PRÁCTICAS BANCARIAS Y CONDICIONES DE MERCADO, LA REALIZACIÓN DE UN AVALÚO PRACTICADO POR UN VALUADOR AUTORIZADO Y EL CUMPLIMENTO DE LAS DEMÁS FORMALIDADES QUE REQUIERA LA LEY.
- 3.- EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE REQUIERA LA EMISIÓN DE UNA OFERTA VINCULANTE DECLARA DE BUENA FE EL CONTENIDO DE LOS DATOS DE LA SOLICITUD.

CON BASE EN LA INFORMACIÓN SEÑALADA EN LA PRESENTE SOLICITUD
¿ESTÁ INTERESADO EN QUE EL BANCO LE EXTIENDA UNA OFERTA VINCULANTE? SÍ NO **AUTORIZACIÓN DE CONSULTA A SOCIEDADES DE INFORMACIÓN CREDITICIA:**

POR MEDIO DE LA PRESENTE EXPRESAMENTE AUTORIZAMOS AL BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S.A. INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANORTE (BANORTE), PARA QUE SOLICITE INFORMACIÓN DE NUESTRAS OPERACIONES DE CRÉDITO Y OTRAS DE NATURALEZA ANÁLOGA QUE TENEMOS CELEBRADAS O HEMOS CELEBRADO CON OTRAS ENTIDADES FINANCIERAS Y EMPRESAS COMERCIALES, A LAS SOCIEDADES DE INFORMACIÓN CREDITICIA. ASÍ MISMO LO AUTORIZAMOS PARA QUE LA INFORMACIÓN FINANCIERA Y PATRIMONIAL QUE LES HEMOS PROPORCIONADO, ASÍ COMO LA OBTENIDA DE LAS SOCIEDADES DE INFORMACIÓN CREDITICIA, SEA DIVULGADA Y COMPARTIDA CON LAS DEMÁS ENTIDADES FINANCIERAS PERTENECIENTES A GRUPO FINANCIERO BANORTE Y SUS DEMÁS SUBSIDIARIAS, EN EL ENTENDIDO DE QUE DECLARAMOS EXPRESAMENTE QUE TENEMOS PLENO CONOCIMIENTO DE:

- 1.- LA NATURALEZA Y ALCANCE DE LA INFORMACIÓN QUE SERÁ PROPORCIONADA POR LAS SOCIEDADES DE INFORMACIÓN CREDITICIA.
- 2.- DEL USO QUE BANORTE HARÁ DE TAL INFORMACIÓN.
- 3.- QUE BANORTE PODRÁ REALIZAR CONSULTAS PERIÓDICAS DE NUESTRO HISTORIAL CREDITICIO DURANTE TODO EL TIEMPO EN QUE MANTENGA VIGENTE ESTA AUTORIZACIÓN.

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ESTARÁ VIGENTE POR UN PLAZO DE TRES AÑOS A PARTIR DE SU FECHA DE OTORGAMIENTO O DURANTE TODO EL TIEMPO EN QUE ESTÉ VIGENTE O MANTENGA UNA RELACIÓN JURÍDICA CON BANORTE.

NOMBRE DE LA PERSONA _____

DOMICILIO _____

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES _____

TELÉFONOS _____

FECHA EN QUE SE FIRMA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE Y COACREDITADO(S)
Y SU(S) CÓNYUGE(S), EN SU CASOFIRMA DE FIADOR(ES) SOLIDARIO(S) Y SU(S)
CÓNYUGE(S), EN SU CASO**AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN CON FINES MERCADOTÉCNICOS O PUBLICITARIOS**

OTROGO MI CONSENTIMIENTO PARA: QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO A BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A. INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANORTE PUEDA SER UTILIZADA CON FINES MERCADOTÉCNICOS O PUBLICITARIOS, ASÍ COMO RECIBIR TODO TIPO DE PUBLICIDAD.

Sí No

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMAS DE APOYO

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA SUCURSAL

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR O GERENTE DE LA SUCURSAL

NÚMERO DE FIRMA DEL FUNCIONARIO _____

NÚMERO DE FIRMA DEL TITULAR O GERENTE _____

ES RESPONSABILIDAD DEL FUNCIONARIO DE LA SUCURSAL QUE LA DOCUMENTACIÓN QUE EL CLIENTE ANEXE A LA MISMA, COINCIDA CON LOS DATOS DE LA SOLICITUD

OBSERVACIONES DE LA SUCURSAL